






ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Fysiotherapie, aanvullende ziektekostenverzekering, medische noodzaak voor meer dan 40 behandelingen
Zaaknummer : 201303147
Zittingsdatum : 17 december 2014

 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter))

 (Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

 1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,


tegen


1) C, en

2) D, beide te E

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

 2. De verzekeringssituatie

-  2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar aanvullend verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering AV Optimaal Online (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster afgesloten zorgverzekering Online Verzorgd Polis is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

-  3.1. De behandelend fysiotherapeut heeft namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op meer dan 40 behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 september 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
-  3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat, naar aanleiding van haar klacht met betrekking tot de vergoeding voor fysiotherapie, een nieuwe aanvraag voor fysiotherapie is opgevraagd. Bij brief van 11 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
-  3.3. Bij brief van 20 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de behandelend fysiotherapeut medegedeeld dat de aanvraag voor extra zittingen is afgewezen.
-  3.4. Verzoekster heeft haar klacht op 1 december 2013 voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen voor bemiddeling. Dit heeft tot gevolg gehad dat de ziektekostenverzekeraar nogmaals informatie heeft opgevraagd bij de fysiotherapeut.
-  3.5. Bij brief van 10 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat, naar aanleiding van haar eerdere klacht, opnieuw contact is gezocht met de behandelend fysiotherapeut. Dit heeft ertoe geleid dat verzoekster 20 extra behandelingen fysiotherapie vergoed krijgt.

- 3.6. In de procedure ten overstaan van de Ombudsman is nadien nog veelvuldig gecorrespondeerd. Dit heeft niet tot een wijziging in het standpunt van de ziektekostenverzekeraar geleid. Bij brief van 15 juli 2014 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen aan verzoekster medegedeeld geen ruimte meer te zien voor bemiddeling.
- 3.7. Bij e-mailbericht van 16 juli 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekosten-verzekering (hierna: het verzoek).
- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 oktober 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 oktober 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 december 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.11. Om redenen van proceseconomie heeft de commissie besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid, en tevens, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, dat de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.12. Verzoekster is op 17 december 2014 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend fysiotherapeut verklaart in zijn brief van 15 februari 2013 dat verzoekster in april 2009 een trauma heeft opgelopen doordat bij een 'buikschuiver' het linkerbeen naar voren en het rechterbeen naar achteren ging. Op de foto's en de MRI waren geen bijzonderheden te zien. Gedurende een aantal maanden heeft verzoekster veel pijn gehad, die heel langzaam wat minder werd. Eind 2009 is verzoekster zwanger geworden en vanaf de vierde maand diende zij volledige bedrust te houden. Na de bevalling (door middel van een keizersnede) ging het aanvankelijk redelijk met de klachten, omdat verzoekster nog veel rust had. Na enkele maanden heeft zij geprobeerd haar werk en huishoudelijke activiteiten weer op te pakken. Zonder fysiotherapie waren de klachten evenwel te hevig. Medio 2011 heeft verzoekster op de pijnpoli van het UMCG een SI-blokkade gehad. Voorts heeft zij in 2011 en 2012 enkele keren een pijnstillende injectie in haar bil gekregen.
- 4.2. Verzoekster heeft in de afgelopen jaren verschillende zorgverleners geconsulteerd bij wie zij diverse soorten therapieën heeft geprobeerd zoals bekkenfysiotherapie, manuele therapie, osteopathie, oefentherapie en fysiotherapie. Destijds reageerde zij op massage het beste, omdat dit verlichting van de klachten gaf waardoor zij de week kon doorkomen.
- 4.3. In oktober 2012 is verzoekster over een kabeltje gestruikeld, waarbij zij de val heeft opgevangen met haar linkerbeen. Hierdoor werd de pijn zo erg, dat zij naar de eerste hulp is gegaan en een paar dagen met onder andere morfine en bedrust de pijn moest onderdrukken.

- 4.4. De behandelend fysiotherapeut ziet de klachten van verzoekster als een belasting-/belastbaarheidsprobleem. De belastbaarheid is moeilijk op te bouwen, omdat er teveel pijnklachten aanwezig zijn bij belasting. Hij ziet geen psychische factoren die het herstel belemmeren.
- 4.5. Op 13 september 2013 heeft de behandelend fysiotherapeut ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor verlenging van de fysiotherapeutische behandeling. Op het aanvraagformulier is onder andere vermeld dat wekelijks minimaal drie zittingen noodzakelijk zijn. Deze zittingen bestaan onder andere uit oefentherapie, manuele therapie, massage, en dry needling. Op 28 juni en 28 augustus 2013 hebben tussentijdse evaluaties plaatsgevonden. Voorts wordt vermeld dat eindelijk kan worden gewerkt aan de opbouw van de ADL-functie, terwijl in voorgaande jaren geprobeerd is verzoekster op de been te houden.
- 4.6. Verzoekster heeft een intake gehad voor revalidatie in het Beatrixoord van het UMCG. Hier is echter geconcludeerd dat de behandeling die verzoekster bij de fysiotherapeut volgt goed is en dat een traject in het Beatrixoord geen toegevoegde waarde heeft. Verzoekster is wel opnieuw naar het pijncentrum verwezen. Aldaar heeft zij op 9 juli 2013 een succesvolle SI-blokkade gekregen, en daarna is het revalidatietraject bij de fysiotherapeut ingezet. Dit is een intensief traject bestaande uit massage, dry needling, training en manuele therapie. Hierbij is de voorwaarde gesteld dat verzoekster volledig in de Ziektewet zou gaan, om zo voldoende rust tussen de behandelingen te krijgen. De arboarts is hiermee akkoord gegaan. Dit traject is in samenwerking met de huisarts, het pijncentrum en de fysiotherapeut opgesteld.
- 4.7. De behandeling door de fysiotherapeut - zoals hierboven is geschetst - is goed aangeslagen. Verzoekster heeft dit traject voortgezet, ondanks de afwijzingen door de ziektekostenverzekeraar. Hierdoor is zij sinds 1 april 2014 voor halve dagen aan het werk, vanaf 1 mei 2014 voor 70 percent en met ingang van juni 2014 volledig. Ook is zij weer redelijk mobiel. Verzoekster is daarom van mening dat de onderhavige behandeling doelmatig is.
- 4.8. De ziektekostenverzekeraar geeft steeds andere redenen op voor het afwijzen van de gevraagde extra behandelingen fysiotherapie: de behandeling is niet doelmatig, de aanvraag is niet SMART ingevuld, en de nulmeting ontbreekt. De volgens de ziektekostenverzekeraar ontbrekende informatie is alsnog toegestuurd, maar ook na heroverweging werd de aanvraag afgewezen. Vervolgens werd ineens - na de afwijzende heroverweging - een machtiging verleend voor twintig behandelingen. Thans stelt de ziektekostenverzekeraar dat de behandeling niet doelmatig is en dat de verkeerde therapie is ingezet. Hoe de ziektekostenverzekeraar tot dit standpunt is gekomen, is verzoekster een raadsel.
- 4.9. Ter zitting heeft verzoekster benadrukt dat de fysiotherapeutische behandeling voor haar medisch noodzakelijk was en dat deze behandeling doelmatig was. Dit is onderschreven door de behandelend fysiotherapeut, die ook op de zitting aanwezig was. De fysiotherapeut heeft verklaard dat slechts een klein deel van de behandeling bestond uit massage. Dit is eerder ook door de fysiotherapeut naar de ziektekostenverzekeraar gecommuniceerd.
- 4.10. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn primaire beslissing van 30 september 2013 de aanvraag voor de extra zittingen fysiotherapie afgewezen. De paramedisch adviseur ziet onvoldoende doelmatigheid van de zorg en een medische noodzaak voor voortzetting van de behandeling ontbreekt. Met de heroverweging van 20 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing gehandhaafd, omdat op het aanvraagformulier wordt gevraagd het behandelplan volgens de SMART-methode (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden) in

te vullen, en dit niet duidelijk is geformuleerd in het ingediende behandelplan. Hierdoor kan de ziektekostenverzekeraar de doelmatigheid van de zorg en de medische noodzaak tot voortzetting van de behandeling niet beoordelen.

5.2. Naar aanleiding van de door verzoekster ingediende klacht heeft de ziektekostenverzekeraar de behandelend fysiotherapeut verzocht om aanvullende informatie. De gevraagde informatie is door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Het team van beoordelend paramedici kon het echter niet geheel eens worden over de vraag of sprake was van een medische noodzaak tot doorbehandelen. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bij brief van 10 december 2013 toestemming gegeven voor twintig extra behandelingen fysiotherapie. Het aantal van twintig behandelingen was een bewuste keuze, omdat de behandelend fysiotherapeut op de aanvraag heeft vermeld dat iedere zes tot acht weken de behandeling werd geëvalueerd. Met de twintig extra behandeling wilde de ziektekostenverzekeraar verzoekster en de behandelend fysiotherapeut de mogelijkheid geven om toe te werken naar een nieuw evaluatiemoment. Na deze goedkeuring konden zo nodig extra behandelingen worden aangevraagd, met de nieuwe evaluatiegegevens. Helaas heeft de fysiotherapeut geen nieuwe aanvraag ingediend vergezeld van de meest recente evaluatiegegevens.

5.3. In de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is duidelijk vermeld dat voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist is indien de verzekerde meer dan 40 behandelingen fysiotherapie nodig heeft in een kalenderjaar. Hiertoe dient een aanvraag te worden ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Ook in de overeenkomst met de behandelend fysiotherapeut is deze voorwaarde duidelijk vermeld. Zowel verzoekster als de behandelend fysiotherapeut was dus ruim vóór het bereiken van de 40 zittingen fysiotherapie ervan op de hoogte dat vergoeding van een groter aantal behandelingen alleen zou plaatsvinden na goedkeuring door de ziektekostenverzekeraar.

5.4. In de aanvraag van 13 september 2013 alsmede in de daarbij gevoegde brief aan de arts, staat vermeld dat bij verzoekster sprake is van instabiliteitsklachten en een disbalans in de belasting/belastbaarheid. Vervolgens wordt gesteld dat verschillende behandelmethodes zijn uitgetoetst, dat massage het beste werkt, en dat de belastbaarheid moeilijk is op te bouwen. De behandeling bestaat voornamelijk uit passieve methodes, die niet aansluiten op het behandel doel. Daarom is de doelmatigheid van de behandeling niet aangetoond. Bij instabiliteit zijn juist actieve behandelmethodes wenselijk. In tegenstelling tot het door verzoekster gestelde, blijkt uit de door de ziektekostenverzekeraar bij de behandelend fysiotherapeut opgevraagde informatie dat de voorliggende therapie massage was. Dit is een passieve behandelmethode.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 2.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en hierover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster in 2013 aanspraak had op vergoeding van meer dan veertig respectievelijk zestig behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

8.1. Artikel 3.11 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie en luidt, voor zover hier van belang:

"a. Fysiotherapie (aanvulling op de basisverzekering)

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van medisch noodzakelijke fysiotherapie, waaronder begrepen bekkenfysiotherapie, geriatrie fysiotherapie, kinderfysiotherapie, lymfedrainage/oedeemtherapie, manuele therapie en psychosomatische therapie.

(...)

Gecontracteerde zorgaanbieder:

alle medisch noodzakelijke behandelingen, waarvan per kalenderjaar maximaal 9 behandelingen manuele therapie.

(...)

Aanvraag

Als u een AV Optimaal (Online) heeft en in een kalenderjaar meer dan 40 behandelingen fysiotherapie nodig heeft, is vanaf de 41e behandeling een aanvraag voor verdere behandeling noodzakelijk. Uw behandelaar dient deze aanvraag naar [naam ziektekostenverzekeraar] te sturen. In deze aanvraag moet de medische noodzaak voor verdere behandeling worden onderbouwd. U heeft pas recht op vergoeding vanaf de 41e behandeling als [naam ziektekostenverzekeraar] de aanvraag van de behandelaar heeft goedgekeurd.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Aan de orde is de vraag of bij verzoekster in 2013 een medische noodzaak bestond voor meer dan 40 onderscheidenlijk 60 behandelingen fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar heeft twee redenen gegeven voor de afwijzing van de aanvraag, namelijk i) het niet SMART-invullen van het aanvraagformulier en ii) de doelmatigheid van de behandeling. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Uit het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde commentaar van zijn paramedisch adviseur op de aanvraag van september 2013 blijkt dat het aanvraagformulier niet SMART was ingevuld, omdat de beginsituatie niet was vastgelegd. Uit de door verzoekster op 22 juni 2014 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen nagezonden brief van de behandelend fysiotherapeut komt naar voren dat deze op 13 mei 2014 nogmaals de beginsituatie van 25 april 2013 heeft doorgegeven aan de ziektekostenverzekeraar. Deze situatie staat ook vermeld op het aanvraagformulier van 13 september 2013. De commissie kan uit het dossier echter niet opmaken of de ziektekostenverzekeraar met zijn vraag naar de beginsituatie de situatie vlak na het trauma uit 2009 bedoelt, dan wel de situatie per 25 april 2013, of mogelijk nog een andere datum. Daarnaast heeft de paramedisch adviseur, in reactie op de aanvraag van 6 november 2013, medegedeeld dat hij op grond van de diagnosecode en de informatie uit het dossier niet inziet waarom twaalf maanden een realistisch doel is. Voor zover de ziektekostenverzekeraar van mening is dat het behandeldoel niet realistisch is - hetgeen overigens door hem niet eerder in de correspondentie naar voren is gebracht - is de commissie van oordeel dat deze stelling door de ziektekostenverzekeraar onvoldoende is onderbouwd.
- 9.3. Uit de door verzoekster overgelegde rapportages van de behandelend fysiotherapeut blijkt dat bij de tussentijdse evaluaties sprake is van een verbetering van de indicatoren die gebruikt worden voor het "meetbare" aspect van de SMART-methode. Daarnaast komt uit de beschikbare informatie naar voren dat gedurende de eerste jaren na het trauma een zeer beperkte belastbaarheid van verzoekster bestond, maar dat deze in 2013 sterk is verbeterd, zeker na de succesvolle SI-blokkade van 9 juli 2013.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de behandeling niet doelmatig is, omdat massage de voorliggende behandeling is, en passieve therapie niet aansluit op het behandeldoel. Uit de aanvraag van 13 september 2013 blijkt echter dat de behandeling - naast massage - bestaat uit oefentherapie, dry needling, en manuele therapie. Ook verzoekster stelt dat sprake is van meer dan alleen massage. De ziektekostenverzekeraar verklaart in dit verband dat uit aanvullende

informatie van de fysiotherapeut blijkt dat massage de voorliggende behandeling is. Deze aanvullende informatie is door de ziektekostenverzekeraar evenwel niet in de procedure gebracht, zodat de ziektekostenverzekeraar deze stelling onvoldoende heeft onderbouwd. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat verzoekster de doelmatigheid van de onderhavige behandeling voldoende aannemelijk heeft gemaakt.

- 9.5. Dit leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor vergoeding van meer dan 40 respectievelijk 60 behandelingen fysiotherapie in 2013 ten onrechte heeft afgewezen. Naar het oordeel van de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar onvoldoende gemotiveerd waarom de overige behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Daarom dient de ziektekostenverzekeraar ook de overige fysiotherapeutische behandelingen die in 2013 op basis van de onderhavige indicatie hebben plaatsgevonden aan verzoekster te vergoeden, na overlegging van de hierop betrekkelijke originele nota's.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 14 januari 2015,

Voorzitter